Rok XXXVII. Kraków 25. Czerwca 1898. Nr. 26.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. O formalnych przewinieniach lekarskich

podał

**Prof. Dr. Leon Wachholz.**

Przed niespełna dwoma laty zestawiłem w krótkim wykładzie istotę oraz sposoby oceniania tak zwanych błędów lekarskich, czyli materyalnych przewinień lekarskich. Krahmer dzieli bowiem wszystkie przewinienia lekarskie wedle prawa pozytywnego i praktyki sądowej na formalne, materyalne i mięszane, czyli obojnacze. Pierwsze z nich są to przekroczenia formalnych ustaw, obowiązujących lekarza, drugie są wykroczeniami przeciw zasadom sztuki lekarskiej, trzecie łączą w sobie cechę pierwszych i drugich. Do obojnaczych zalicza Krahmer zaniedbanie lub odmowę niesienia pomocy lekarskiej bez słusznego powodu.

Ponieważ uwagi moje, ogłoszone przed dwoma laty, objęły przewinienia materyalne i mięszane, czyli obojnacze, przeto uważam za stósowne, celem uzupełnienia całości, rozpatrzeć pokrótce także i przewinienia formalne, niemniej od poprzednich w praktyce ważne.

Rozpatrzenie zaś tych formalnych przewinień uważać należy tem bardziej za potrzebne i wskazane, ponieważ większość lekarzy wstępując w życie praktyczne nie zna tych obowiązków, jakie nakłada na nich ustawodawstwo, często pod groźbą dotkliwej kary. Krahmer zalicza do przewinień formalnych: partactwo lekarskie osób, do praktyki lekarskiej nieuprawnionych, nadużycie zaufania chorego, czyli niedochowanie tajemnicy zawodowej, wydanie fałszywego świadectwa o stanie zdrowia i nierząd z choremi, powierzającemi się pieczy lekarza.

Z tych przytoczonych przewinień formalnych pierwsze t. j. partactwo, usuwa się z pod rozwagi jako nie tyczące się lekarzy.

Przystępując do kolejnego, krótkiego roztrząśnienia istoty przewinień formalnych, uważam za stósowne poprzedzić poszczególne wywody istniejącymi w tej mierze ustępami ustawy.

Tajemnica lekarska i jej dochowanie uchodziły za dogmat już w najodleglejszej starożytności, zanim jeszcze jakiekolwiek ustawy lekarzom je nakazały. Już w pismach Charaki, obok Susruty najsłynniejszego indyjskiego autora prac lekarskich, znajdujemy ustęp, nakazujący lekarzowi dochowanie tajemnicy wydarzeń, zaszłych w domu chorego, wzbraniający również pouczać chorego, lub osoby z jego otoczenia, o groźnym stanie choroby, jeśliby to miało sprowadzić im jakąkolwiek szkodę. Wyraźnie wspomina o obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Hippokratesowa rota przysięgi:... „cokolwiek jednak wśród leczenia zoczę lub usłyszę, lub poza leczeniem w codziennem życiu się dowiem, zachowam dla siebie, o ile nie powinno być dalej rozszerzanem, uważając to za tajemnicę“. W postanowieniach szkoły Pitagorasa, złożonej przeważnie z lekarzy, uchodzi milczenie za cnotę. W uznaniu milkliwości lekarskiej, nazywa Vergili sztukę lekarską „ars muta“.

Tak więc uchodziło dochowanie zawodowej tajemnicy między lekarzami oddawna za obowiązek, uświęcony na razie prawem zwyczajowem, a z czasem ustawami, unormowanemi przez państwa.

Obecnie, z wyjątkiem kodeksów karnych, greckiego, angielskiego, norwegskiego i niektórych kantonów szwajcarskich wszystkie inne kodeksy europejskie zastrzegają przymus tajemnicy lekarskiej, jużto mówiąc wyraźnie o tajemnicy lekarskiej (§. 300 kod. niemiec., §. 378 cod. pénal franc., §. 458 c. p. belg., §. 328 kod. węgier., §. 490 k. austr., §. 60 szwedzkiej instrukcyi z r. 1890), już też mówiąc w ogóle o tajemnicy, do posiadania której doszło się na podstawie właściwego zawodu (§. 272 kod. holend., §. 163 kod. włosk., §. 290 kod. portug., §. 424 kod. rosyjs.).

Osnowa odnośnych ustępów poszczególnych ustaw różni się między sobą. I tak: we Francyi nie jest lekarz obowiązanym zdradzać tajemnic, na mocy swego zawodu uzyskanych, nawet na żądanie władzy, a to w myśl rozporządzenia z dnia 28 września 1832 r., znoszącego przepisy, które go aż do tej chwili zniewalały do złamania tajemnicy na rozkaz władzy. Kodeks niemiecki zastrzega zupełną tajemnicę lekarską, opiewając „.... lekarze, chirurdzy, akuszerki, aptekarze, oraz pomocnicy tych osób ulegną karze grzywny do 1500 Mr. albo więzienia aż do 3-ch miesięcy, jeśli wyjawią bez upoważnienia (unbefugt) tajemnice prywatne, do posiadania których doszli na mocy swego urzędu, zawodu lub zatrudnienia (Gewerbe)“. Lekarz niemiecki nie jest zatem obowiązany zdradzać tajemnic zawodowych przed władzą, nawet na jej żądanie, z wyjątkiem tylko tajemnicy, objętej §. 139 k. k. niem.; w myśl bowiem brzmienia tego §. 139 k. k. ulega karze każdy, zatem i lekarz, jeśli nie doniesie władzy o zamiarze dokonania zbrodni stanu, lub zbrodni w ogóle niebezpiecznej, w czasie, w którym, gdy się o tym zamiarze dowiedział, można było skutecznie zapobiedz spełnieniu jej.

Kodeks karny rosyjski wyraża się ogólnie o przekroczeniu tajemnicy zawodowej w §. 424 w sposób następujący: „Za rozgłaszanie rzeczy, które winny być zamilczane,... ulega winny, zależnie od ważności rzeczy i mniej lub więcej dotkliwych skutków, jakie ztąd wynikły lub wyniknąć muszą, albo złożeniu z urzędu, albo usunięciu ze służby, albo jeszcze ponadto karze więzienia od 4—8 miesięcy“. Ogólnikowa stylizacya powyższego przepisu odnośnie do obo-

wiązku dochowania tajemnicy lekarskiej skłoniła Towarzystwo dermatologiczne w Petersburgu do wydania szeregu tez określających bliżej obowiązek dyskrecyi lekarskiej.

Obecnie obowiązujący austryacki kodeks karny określa w §. 498 niedochowanie tajemnicy lekarskiej jako przekroczenie w słowach następujących: „lekarz, chirurg, akuszer lub akuszerka, którzy wyjawiają tajemnicę osoby, ich pieczy powierzającej się, komu innemu, prócz władzy właściwej, urzędownie o to się pytającej, karani będą, za pierwszym razem przekroczenia tego, zabronieniem praktykowania na 3 miesiące, za drugim razem na rok, za trzecim na zawsze“. W §. 499 jest mowa o podobnem przekroczeniu ze strony aptekarzy; o obowiązku milkliwości ze strony akuszerek wspomina także §. 17 rozp. min. sprawiedl. z d. 4 czerwca 1881, Nr. 54 Dz. u. p.

Z powyższych przepisów wynika, że kodeks austryacki uznaje tylko względny obowiązek milkliwości lekarskiej t. j. obowiązek utrzymania tajemnicy wobec wszystkich za wyjątkiem władz. Zatem, podczas gdy w Niemczech, Francyi i t. d. przysługuje lekarzowi prawo uchylenia się od zeznań pod osłoną milkliwości zawodowej, to u nas musi lekarz wyjawić przed sądem tajemnice, w posiadanie których wszedł na mocy swego zawodu, a to tem bardziej, że §. 151 i 152 p. k. nie wymienia lekarzy między osobami, których jako świadków, nie wolno przesłuchać, względnie które są wolne od obowiązku zeznawania. Jedynie mógłby tylko lekarz odmówić zeznań na podstawie §. 153 p. k. który opiewa: „gdyby złożenie świadectwa lub odpowiedź na zapytanie pociągały za sobą bezpośrednią a znaczną stratę majątkową świadka, lub narażały na hańbę jego samego, lub kogo z jego rodziny, a świadek z tego powodu świadectwa by odmawiał, nie może on być do świadectwa zniewolonym chyba tylko w nader ważnych przypadkach“. Nikt nie zaprzeczy, że wyjawienie wobec sądu tajemnicy zawodowej może pociągnąć dla lekarza straty materyalne, że zatem uzasadnionem by było uchylenie się jego od zeznań na podstawie §. 153 p. k. Cóż kiedy §. 153 p. k. nie daje podstawy do bezwzględnego uchylenia się świadka od zeznań, skoro może być do zeznań zniewolonym „w nader ważnych przypadkach“, t. j. w przypadkach uznanych za ważne przez sędziego.

W ustawodawstwie naszem uderza szczególna surowość względem lekarzy, tem bardziej, że podczas gdy adwokaci są wolni od składania zeznań, tyczących się zawodowo powierzonych im tajemnic (§. 152, 2 p. k.), to lekarzom nie przysługuje wcale podobny przywilej.

Rozgłaszanie przez lekarzy ustnie, czy pisemnie tajemnic zawodowych w celach naukowych, n. p. w pismach naukowych, ulega w Niemczech, Francyi i t. d. karze za przekroczenie obowiązku zawodowej milkliwości. U nas podobne przekroczenie podpada pod osobny §. 489 kod. k., który opiewa że „obrazy czci staje się winnym, kto w dziełach drukowanych, rozszerzanych pismach lub obrazowych przedstawieniach, lub kto, nie będąc do tego przez szczególne okoliczności zmuszonym publicznie, przeciw drugiemu rozgłasza czyny czci uwłaczające, chociażby prawdziwe z życia prywatnego lub rodzinnego“. Rozumie się samo przez się, że można uniknąć tego przekroczenia, jeśli się n. p. przypadek kazuistyczny odda do druku w stosownej a oględnej kormie, t. j. bez podania szczegółów, zwracających uwagę na daną osobę. Przed dwoma laty zasądzono autora głośnych prac psychiatrycznych, Aubry'go, na grzywnę i skonfiskowano nakład ogłoszonej przez niego pracy, w której podał opis rodziny pewnego, zmarłego już zbrodniarza, jako przyczynek do dziejów dziedziczności. Zasądzenie nastąpiło wskutek skargi o obrazę czci, wniesionej przez pozostałą rodzinę zbrodniarza, a popartej dowodem, że chociaż w pracy nie były wymienione imiona członków rodziny, lecz mimo to można było z opisu członków tych rozpoznać.

Ażeby się uchronić od podobnego przekroczenia przy przedstawianiu chorych, lub ich podobizn n. p. w towarzystwach naukowych, należy wpierw uzyskać w tym celu pozwolenie chorego.

Obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej sprawia lekarzowi niejednokrotnie wielkie przykrości, choćby tylko ze względu na rozterkę umysłową i walkę wewnętrzną między poczuciem obowiązku zawodowego, a poczuciem ogólnoludzkiem. Weźmy pod rozwagę stosowny przykład. I tak zjawia się u specyalisty chorób wenerycznych jego przyjaciel z zapytaniem, czy N. N. młody człowiek, mający pojąć córkę jego za żonę, jest zdrowym i nie cierpi na rzeżączkę lub kiłę? Lekarz zna przyszłego zięcia swego przyjaciela, leczy go n. p. na przewlekłą rzeżączkę i radzi mu odłożyć ślub do chwili uleczenia się, atoli ten nie chce tego uczynić, głównie dla tego, aby nie wzbudzić niekorzystnego dla siebie podejrzenia u przyszłych swych teściów i żony. Kiedy się przyjaciel pyta lekarza o stan zdrowia człowieka, któremu ma powierzyć swe dziecię, przypomina sobie lekarz słowa Schroedera, malujące grozę przyszłego losu córki przyjaciela: „jako czerstwe dziewczę wstąpiła pełna błogich nadziei w związek małżeński, i zaraz przykuta na kilka tygodni do łoża, wskutek choroby narządów płciowych, powstaje z niej jako złamana i na całe życie schorzała kobieta“. W tej chwili powstaje w duszy lekarza konflikt między poczuciem obowiązku milkliwości zawodowej, a poczuciem, że jedno jego słowo oszczędziłoby przyjacielowi sporo zmartwień i nieszczęścia.

Obowiązek zmusza go do odmówienia przyjacielowi żądanych wyjaśnień; w dodatku wreszcie musi tę odmowę w ten sposób ułożyć, aby z niej nie tylko wprost, lecz nawet i pośrednio nie wynikała dla przyjaciela przestroga, dla młodego zaś człowieka ewentualność rozejścia się zamierzonego małżeństwa. Podobne postępowanie ze strony lekarza jest prawnie poprawnem i właściwem; zapytajmy się jednak, czy ono jest poprawne ze stanowiska ogólno-ludzkiego? Zapewne, że nie. Wszakżeż jest obowiązkiem każdego człowieka przestrzedz bliźniego przed grożącem mu niebezpieczeństwem, w czasie, gdy zażegnanie jego jest jeszcze możliwem. Czyż zatem ze wszechmiar humanitarny zawód lekarski ma pod tym względem hołdować innej zasadzie etycznej? Lekarz paryzki Gaide potępia w surowych słowach obowiązek milkliwości lekarza w podobnych razach, dodając, że nie wahałby się nigdy przestrzedz osoby, pytającej się o zdrowie człowieka, mającego pojąć córkę jej za żonę, i chętnie poniósłby karę za niedochowanie tajemnicy, bo poczucie, że spełnił ludzki uczynek, byłoby mu wystarczającem zadośćuczynieniem. Z drugiej atoli strony, pomijając stronę prawną, trzeba przyznać słuszność wywodom Placzka. Zdaniem jego, każdy człowiek powierza swe tajemnice osobom znajomym, których dyskrecyi ufa; chory nie ma w tym

względzie pozostawionego sobie wyboru, on nie zna zasad etycznych lekarza, wie jednak, że lekarz obowiązanym jest zachować w tajemnicy jego chorobę. Rozstrzygnięcie powyższego dylematu byłoby u nas możliwszem, niż gdziekolwiek indziej, a to z powodu odmienności naszych przepisów ustawowych, tyczących się obowiązku milkliwości.

W §. 53 naszego ustawodawstwa cywilnego jest mowa o przeszkodach w zawarciu związku małżeńskiego, przyczem wymienione są choroby zakaźne jako czynnik, stanowiący ustawową przeszkodę dla mającego się zawrzeć małżeństwa. Słuszności brzmienia tego §. nikt nie zaprzeczy, cóż kiedy §. ten pozostaje martwą literą, bo ustawa nie nakazuje przekonać się przed zawarciem małżeństwa o stanie zdrowia obu stron, pragnących się połączyć. Otóż zdaje mi się, że jeżeli u nas obowiązanym jest lekarz wyjawić tajemnicę zawodową na żądanie władz, to mógłby tem samem być uprawnionym do wyjawienia tej tajemnicy na żądanie osób interesowanych w sprawach małżeńskich, choćby nawet z tego względu, aby przepis zawarty w §. 53 u. c. zyskał na praktycznem znaczeniu.

Że wyjawienie tajemnicy osobom interesowanym w sprawach małżeńskich byłoby pożądanem ze względów społecznych, zdaje mi się, iż nie potrzebuję dowodzić. Ileżby to bowiem uniknęło się nieszczęść dla jednostek i społeczeństwa, gdyby się w ten sposób przeszkadzało wstępować w związki małżeńskie osobom, dotkniętym kiłą, gruźlicą, chorobami umysłowemi itd.

W związku z sprawą milkliwości lekarskiej, której szczegóły nie mogą być objęte ramami wykładu, pozostaje obowiązek nałożony u nas na osoby, poświęcające się służbie zdrowia. Obowiązek ten określa §. 359 k. k. następującemi słowy: „lekarze, chirurdzy, aptekarze, położne, oglądacze zmarłych, za każdym razem, gdy im się zdarzy taki przypadek choroby, zranienia, porodu lub śmierci, z którego się okazuje podejrzenie o zbrodnię, lub występek, lub w ogólności podejrzenie o gwałtowne, przez osoby trzecie zrządzone nadwerężenie zdrowia, obowiązani są bezzwłocznie o tem donieść władzy, a zaniedbanie takiego doniesienia będzie karane, jako przekroczenie, karą pieniężną od 10 do 100 złr." Powyższy przepis ustawowy, wyróżniający stan lekarzy, położnych itd. od innych stanów, w sposób dla nich niekoniecznie korzystny, jest mało znanym ogółowi lekarzy. I tak toczył się przed kilku laty spór między lekarzami jednej z naszych lecznic na temat czy lekarz jest obowiązanym donosić władzy o przypadkach, budzących podejrzenie popełnionej zbrodni? Przypadek tyczył się położnicy, przywiezionej zaraz po odbytym porodzie, a zaprzeczającej stanowczo jakoby kiedykolwiek rodziła. Wśród sporu zwyciężyła myśl szlachetniejsza, lecz z ustawą niezgodna, że lekarz nie jest donosicielem władzy. Ponieważ w przypadku powyższym położnica dopuściła się zbrodni czynnego dzieciobójstwa, a lekarz przyjmujący ją w leczenie zaniedbał donieść o tem władzy, przeto uległ karze z powyższego ustępu k. k. Obowiązek powyższy, istniejący wyłącznie tylko u nas, w Austryi, może się łatwo stać dla lekarza źródłem dotkliwych przykrości. Lekarz powinien z natury swego zawodu budzić nieograniczone zaufanie w osobach, powierzających się jego opiece; tymczasem musi to niezbędne zaufanie chorych względem lekarza uledz zachwianiu, skoro go ustawa czyni pomocnikiem swym w wykrywaniu przestępstw. Słusznie też potępia powyższy ustęp ustawy Schlegtendal, podnosząc wyższość w tym względzie niemieckiego kodeksu karnego, który nie nakłada podobnego obowiązku na lekarzy.

(Dokończenie nastąpi).

---

## II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Czyżewicza we Lwowie.

## O zapobieganiu gorączce połogowej i przyrannej

podał

b. asystent Dr. Józef Starzewski,

dyrektor szpitala powszechnego w Tarnowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Z powodu trudności w uzyskaniu potrzebnych większych zapasów surowicy Marmorka, rozpocząłem dopiero w lipcu, 1897 roku, moje doświadczenia na materyale lwowskiego zakładu położniczego.

Surowicy o sile uodporniającej, 0·1 na 300·0 grm. żywej wagi, stwierdzonej doświadczeniami na zwierzętach w uniwersyteckim zakładzie higienicznym w Krakowie, dostarczył bezinteresownie prof. Bujwid.

Obliczając przeciętną wagę kobiety na 60 klgrm., potrzeba by było wstrzyknąć tej surowicy 10 grm., aby ją zabezpieczyć przeciw 5-ciokrotnej śmiertelnej dawce paciorkowca ropotwórczego.

Przeprowadzenie wstrzykiwań ochronnych rodzącym nie przedstawiało trudności w obec tego, że prof. Czyżewicz oddał cały materyał kliniczny do rozporządzenia. Cała trudność leżała w wyciągnięciu wniosków z dokonanych spostrzeżeń, gdyż słusznie mógłby ktoś zarzucić, że niewiadomo, czyby równie dobrze i bez gorączki nie przebiegały połogi bez szczepień ochronnych. Znaną jest bowiem rzeczą, iż liczba gorączkujących położnic w każdym zakładzie nie jest stałą, lecz waha się znacznie, zależnie od różnych, nie dających się bliżej określić, przyczyn.

Aby uniknąć takiego zarzutu i mieć ścisłą miarę do oceniania działania surowicy, podzieliłem *à priori* cały materyał kliniczny na dwie połowy według liczb porządkowych protokółu przyjęcia. Rodzące, mające liczbę bieżącą parzystą dostawały wszystkie bez wyjątku wstrzyknięcie surowicy; rodzące z liczbą nieparzystą pozostawiono dla kontroli, a więc wstrzykiwań nie dostawały. Wszelkie inne warunki były zresztą dla obydwu połów zupełnie równe. Rodziły równocześnie na tej samej sali porodowej, leżały obok siebie na wspólnych salach położnic, były obsługiwane podczas porodu i połogu przez te same akuszerki itd.

Każda rodząca była badana przynajmniej przez lekarza dyżurnego, akuszerkę i 3 uczennice. W przypadkach porodów nieprawidłowych, operacyjnych, badała znacznie większa liczba osób w celach dydaktycznych.

Do mycia rąk przed badaniem wewnętrznem używano zwykłej ciepłej wody, mydła szarego i szczotki leżącej stale w roztworze sublimatu, następnie wody sublimatowej $^{1}/_{10}$ procentowej.

Rodząca, o ile jej stan na to pozwalał, dostawała całą kąpiel. Instrumenta gotowano we wodzie przez 5 minut przed operacyą, następnie wkładano do 3% wody karbolowej. Przestrzykiwań pochwy, tem bardziej macicy, nie stósowano nigdy, ani podczas porodu, ani podczas połogu.

W ogólności warunki w zakładzie położniczym lwow-

skim są nie zbyt korzystne dla bezgorączkowego przebiegu połogu, z powodu zbyt wielkiego nagromadzenia położnic w jednym budynku (przeszło 1300 porodów rocznie), znacznej liczby uczennic, stosunkowo małego personalu lekarskiego i zakorzenionego zwyczaju przywożenia do zakładu kobiet dopiero po rozpoczęciu porodu i poprzedniem zbadaniu przez akuszerkę na mieście.

Ogólna liczba obserwowanych położnic wynosiła 288 w czasie od połowy lipca do połowy października 1897 r., z przerwą dwutygodniową w sierpniu, z powodu Zjazdu lekarzy w Moskwie.

Rodzące, opatrzone przez urzędnika w izbie przyjęcia liczbą porządkową parzystą, w ogólnej liczbie 144, dostały wstrzyknięcia surowicy bezpośrednio po ukończonym porodzie. Początkowych 56 dostało po 5 grm. surowicy, dalszych 88 po 10 grm.

Wstrzyknięcie robiono w tkankę podskórną podudzia, zwykłą 10 grm. strzykawką po poprzedniem oczyszczeniu pola operacyjnego wacikiem namoczonym w eterze i odwietrzeniu strzykawki najpierw eterem, później 3% wodą karbolową. Ranki po wstrzyknięciu nie pokrywano opatrunkiem.

Dla uniknięcia jakiejkolwiek sugestyi, nie objaśniono akuszerek, mierzących ciepłotę położnicom, w jakim celu robiono wstrzykiwania. W ten sposób błędy przypadkowe przy mierzeniu ciepłoty musiały się odnosić w równej mierze do wszystkich położnic, a więc nie mogły wchodzić w rachubę przy porównywaniu ciepłoty obydwu połów.

Czas obserwacyi położnicy wynosił przeciętnie 12 dni. Za gorączkującą położnicę uważano taką, której ciepłota ciała przekraczała 37·5°. Przy ostatecznym obrachunku położnic gorączkujących nie uwzględniono tych, u których stwierdzono tylko jednorazowe podniesienie ciepłoty, bez żadnej dającej się wykazać przyczyny, jakoteż położnic u których wykazano, jako przyczynę podniesienia ciepłoty powód, nie stojący w związku z zakażeniem połogowem np. zapalenie płuc dławcowe, zapalenie ostre gardła, grypę itd.

Szczegółowy wynik obserwacyi, wyrażony w liczbach przedstawia następujące zestawienie:

| | I. | II. | III. |
|---|---|---|---|
| | Położnice pozostawione dla kontroli z liczbą bieżącą nieparzystą, którym surowicy nie wstrzyknięto. | Położnice, którym wstrzyknięto 5 grm. surowicy. | Położnice, którym wstrzyknięto 10 grm. surowicy. |
| Ogólna liczba obserwowanych położnic | 144. | 56· | 88· |
| Z tego: pierwiastek | 57 | 26· | 34· |
| wieloródek | 87 | 30· | 54· |
| Położnic operowanych | 24 = 16·67% | 16 = 28·57% | 14 = 15·91% |
| Położnic, które rozpoczęły poród w mieście | 2 = 1·38% | 3 = 5·35% | 7 = 7·95% |
| Położnic, które bezpośrednio po porodzie zgłosiły się do Zakładu | 1 = 0·69% | 2 = 3·57% | 3 = 3·41% |
| Porodów nieprawidłowych | 26 = 18·50% | 19 = 33·93% | 19 = 21·59% |
| Położnic gorączkujących | 25 = 17·36% | 4 = 7·14% | 5 = 5·68% |
| Przeciętny czas trwania gorączki u 1 położnicy | 3·80 dni | 2·77 dni | 2·40 dni |

Operacye wykonano następujące:

| | I. | II. | III. |
|---|---|---|---|
| | Położnice pozostawione dla kontroli z liczbą bieżącą nieparzystą, którym surowicy nie wstrzyknięto. | Położnice, którym wstrzyknięto 5 grm. surowicy. | Położnice, którym wstrzyknięto 10 grm. surowicy. |
| *Episiotomia* | 1. | 1. | 1. |
| *Sutura rupturae perinei* | 10. | 2. | 3. |
| *Punctio velumentorum* | 1. | — | 1. |
| *Repositio funiculi umbilicalis* | — | — | 1. |
| *Versio in pedes* | 3 | 3. | 4. |
| *Extractio manualis foetus* | 5. | 9. | 7. |
| *Foreps* | 4. | 3. | 6. |
| *Trepanatio* | — | 1. | — |
| *Decapitatio* | — | — | 1. |
| *Sectio caesarea* | 1. | — | — |
| *Extractio manualis placentae* | 4. | — | — |

Z powyższych liczb widzimy, że pomiędzy położnicami pozostawionemi dla kontroli (I), było gorączkujących przeszło 2 razy więcej w porównaniu do położnic zaszczepionych 5-ma grm. surowicy (II), a przeszło 3 razy więcej w porównaniu do położnic, które dostały po 10 grm. surowicy (III), pomimo tej przypadkowej korzystnej okoliczności, że było wśród nich mniej operowanych (stosunek I. II. III. jak 1:2·04:3·05), mniej badanych poprzednio po za zakładem (I. II. III = 1:3·08:5·08) i mniej położnic, które dopiero po odbytym porodzie na mieście do zakładu się zgłosiły (I. II. III = 1:50·1:48·9). Także przeciętny czas trwania gorączki był znacznie krótszy u położnic uodpornionych (imunizowanych).

Szkodliwego działania surowicy w żadnym przypadku nie zauważono. Ból w miejscu wstrzyknięcia był nieznaczny. Miejscowe zaczerwienienie i lekki obrzęk znikały w krótkim czasie bez śladu.

Dziwny i niewytłómaczony wpływ wywierały wstrzyknięcia surowicy na zdrowie noworodków. Zauważono, że u dzieci położnic uodpornionych rzadziej występowała żółtaczka.

Nie przesadzając, jakie wyniki dadzą dalsze analogiczne doświadczenia ze surowicą Marmorka na liczniejszym materyale i w odmiennych warunkach, opierając się li tylko na powyżej przytoczonych konkretnych liczbach, musimy przyjść do przekonania, że sposób zapobiegania gorączce połogowej i przyrannej za pomocą szczepień ochronnych, wobec wrodzonej niedoskonałości anty- i aseptyki ma znaczenie zasadnicze.

Poczuwam się do miłego obowiązku złożenia na tem miejscu szczerego podziękowania memu byłemu szefowi, profesorowi Czyżewiczowi, oraz prof. Bujwidowi, za odstąpienie i dostarczenie materyału do powyższych doświadczeń.

## III. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał
Dr. Karol Brudzewski.

(Ciąg dalszy).

W zezie rozbieżnym i niedomodze mięśni prostych wewnętrznych tenotomia już dawno została zaniechaną, jako zabieg dający za małe wyniki, bo jako efekt końcowy najwyżej 10°. Jedyni Amerykanie wykonywują w tych razach tenotomię mięśni zewnętrznych prostych, a choć chwalą ten zabieg, to z rozprawy Landolta można się przekonać, jak łatwo, tak operując, osięga się dla dali zbieżność, bez usunięcia wystarczającym zakresem zbieżności niedomogi mięśniowej. To też, widząc wszystkie te złe strony tenotomii, nie wahał się Landolt zalecić na jej miejsce obustronną antepozycyą antagonistów, a ogłoszone przez niego prace są więcej niż zachęcające do naśladowania. Operując bowiem zez, chodzi nam nietylko o prawidłowe ustawienie oka, ale i o zachowanie wszystkich ruchów jego, o ile to się tylko da osiągnąć; a osiągnąć to można w przeważnej liczbie przypadków i antepozycyą. Antepozycya mięśnia samego nie daje większej poprawy zboczenia w przecięciu, jak około 15°; wykonana wraz z otaczającą mięsień torebką Tenona, jak wykonywaną być powinna, może dać więcej niż 20°; jeśli zatem w zezie zbieżnym wykonamy ją obustronnie, na obu mięśniach zewnętrznych prostych, to wynik operacyi wynosić może 40—45°. Tenotomia obustronna także więcej nieda, jeśli operując, operator będzie się wystrzegał zbytniego upośledzenia ruchomości w kierunku mięśnia operowanego. Dodając do antepozycyi jeszcze i resekcyę kawałka ścięgna mięśnia przemieszczanego i zbliżając go tak silnie ku rogówce, ile się tylko da, możemy usunąć i wyższe stopnie zezu, które tylko wtedy tenotomią usuniemy, jeśli do niej dodamy antepozycyą, bądź to antagonisty, bądź też (sposobem Weckera) jego torebki. Nader wysokie stopnie zezu wogóle ubezwładniają do pewnego stopnia nasze zabiegi operacyjne i nie mogą być ich kamieniem probierczym. W średnich stopniach antepozycya zupełnie wystarcza do usunięcia zboczenia gałki. Nikt nie wątpi, że zez rozbieżny lub niedomogę mięśni prostych wewnętrznych jedynie antepozycyą tych mięśni usunąć można, gdyż one są słabsze niż mięśnie proste zewnętrzne; równie dobrze można twierdzić, że i zez zbieżny polega nie tyle na zbyt silnym rozwoju mięśnia prostego wewnętrznego, jak raczej na względnej wątłości mięśni prostych zewnętrznych, czego dowodzą różne spostrzeżenia kliniczne. Już samo badanie kliniczne wykazuje stałe obustronne upośledzenie ruchomości ku skroni, co zaiste nie świadczy o zbytniej sile mięśni zewnętrznych prostych; toż samo stwierdzają niepowodzenia po bardzo nawet wydatnej tenotomii, jeśli się nie zapomina, że ustawienie gałki zależy niemal wyłącznie od siły antagonisty. Przytem doświadczenia Schnellera stwierdzały toż samo anatomicznie. Zauważył on przy antepozycyach, co zresztą jest i klinicznie znanym objawem, że w zezach zbieżnych ścięgno mięśnia zewnętrznego prostego jest nader słabo rozwinięte tak, że je nieraz trudno od tkanek otaczających odróżnić. Ścięgno jest zwykle rozwinięte w stosunku do siły mięśnia; zatem słaby rozwój ścięgna świadczy o małej sile mięśnia; a obnażając, dla przekonania się o tem, mięsień, nieraz do $1/3$ jego długości, zauważył Schneller, że mięsień jest rzeczywiście bardzo słabo rozwinięty. Nic więc naturalniejszego, jak myśl, aby mięsień słaby wzmocnić zabiegiem operacyjnym tak, iżby we wszystkich ruchach mógł skutecznie utrzymać równowagę. Zatem obok prawidłowego ustawienia gałki w szparze powiekowej, t. j. obok usunięcia zboczenia, ma antepozycya i inne korzystne strony. Przez to samo, że po tej operacyi gałka głębiej leży w lejku mięśniowym, przez to samo mięśnie lepiej działać mogą na ruchy, unika się również trzeszczowatości i zapadnięcia mięska łzowego, które to objawy towarzyszą tenotomii. Ruchy ku skroni wzmagają się do normy i to nie przez osłabienie antagonisty, ale przez korzystniejsze położenie przyczepu mięśnia, przyczem ruchy ku nosowi, zatem w kierunku mięśnia nieoperowanego nie ulegają żadnemu, albo tylko minimalnemu ograniczeniu, ale nie kosztem osłabienia, lecz wzmocnieniem mięśni. Przy zwiększającem się napięciu w łuku mięśniowym wzrasta siła w obu mięśniach, jak to wykazał doświadczeniami Czermak; zatem upośledzenie ruchów ku nosowi o 1° lub 2° niema żadnego znaczenia. A zakres zbieżności? I tu doświadczenie wykazało, że antepozycya nie tylko pełny zakres jedenastu kątów metrycznych otrzymać można, ale nieraz i więcej, gdyż mięśnie wewnętrzne proste nie są osłabione. Antepozycyą zatem nietylko można usunąć zboczenie, ale i przywrócić pełne skojarzone ruchy gałki, należyty zakres zbieżności, tak potrzebny do pełnej funkcyi widzenia obuocznego; na tem polega wyższość jej nad tenotomią. Zarzut, że jest to operacya uciążliwa i niepewna i że nie da się dawkować, nie jest uzasadniony. Prawda, że tenotomię można wykonać w kilku minutach i że leczenie pooperacyjne jest nader krótkie, ale dlaczego mamy się tak znowu spieszyć, jeśli chodzi o przywrócenie tak ważnej funkcyi, jak widzenie dwuoczne? Niepewną nie jest, bo jeśli mocnemi nitkami chwycimy z jednej strony mięsień daleko od rogówki przez wszystkie tkanki i, idąc dość głęboko w tkance nadtwardówkowej (przedniej części osłonki Tenona (Motais)), zajmiemy ostrą a delikatną igłą nieco powierzchownych warstw samej twardówki (Landolt), nie ma obawy, aby szwy puściły. Co zaś do dawkowania, to ono także i przy wykonaniu tenotomii jest tylko względne. Nie operujący, ale natura sama dawkuje końcowy efekt operacyjny; bo jeśli słyszymy zdanie o dawkowaniu na pół milimetra, to przy istniejącem widzeniu podwójnem (diplopia), obrazki odpowiadać mogą 2—3° odległości przy pół milimetrowym błędzie dawkowania, a skojarzenie ich w jeden sama natura, nie lekarz, już wykona. Dawkować można tylko w przybliżeniu, ustawiając operacyą osie równolegle, o ile się to na oko da ocenić, i pamiętając, że po tenotomii łatwo wystąpić może hiperkorekcya. Doświadczenie tylko nas poucza, że dobrze jest pozostawić około 5° zbieżności, aby temu następstwu zapobiedz. Przy antepozycyi przeciwnie doświadczenie wykazuje, że lepiej wywołać nadmiar operacyjny, gdyż po wyjęciu nitek część efektu operacyjnego ustępuje. Zdarza się że antepozycya mięśni prostych zewn. nie usunie zupełnie zeza; wtedy nic nie przeszkadza, aby do niej, gdy efekt jej się ustalił, dodać małą tenotomię, nacinając jaknajmniej torebkę Tenona mięśnia zezującego to jest prostego wewnętrznego. Zawsze jednakże antepozycya ma być operacyą zasadniczą, a tenotomia tylko operacyą poboczną, uzupełniającą i potrzebną zwykle tylko w nader wy-

sokich stopniach zeza. O ile niema wprawdzie przy antepozycyi obawy, jeżeli była dobrze wykonana, aby z zeza zbieżnego powstał z czasem rozbieżny, to jest jednak inna rzecz, dość dla pacyenta przykra, t. j. długi czas utrzymujące się zgrubienie i zaróżowienie spojówki, w miejscu gdzie przemieszczony mięsień przyrósł. Te czerwone plamy, które po tenotomii giną w 2, najdalej w 3 tygodnie, pozostają po antepozycyi bardzo długo, nawet 4 miesiące i choć ustąpią, to przecież w tych miejscach pozostają trwałe wyniosłości żółtawe, okazujące nowe miejsce przyczepu mięśnia. Jednakże te usterki tak mało znaczą obok głównych zalet antepozycyi, że łatwo się z niemi pogodzić można.

W zezie rozbieżnym i niedomodze mięśni wewnętrznych prostych, korzyści antepozycyi mięśni prostych wewnętrznych są tak bijące w oczy, że tu zabieg ten dawno już tenotomię wyrugował. Jedni amerykanie, jak wspomniano metodycznie jeszcze tenotomują mięśnie zewnętrzne proste. Ale i tu Schweigger wykazał, jak nieznaczącym jest zabiegiem tenotomia, a Landolt, jak wiele zyskujemy antepozycyą obustronną. W zezie rozbieżnym, który powstaje w późniejszym wieku, zwykle albo jest zdwojone widzenie samoistne, nieraz dla pacyenta nader przykre, albo też nader łatwo je wywołać; w niedomodze mięśni prostych wewnętrznych zwykle jest i dla pewnej odległości widzenie dwuoczne, to też wzmocnienie mięśni prostych nietylko sprowadza do normy ich ruchy boczne, także upośledzone na obu oczach ku nosowi, ale stwarza pełny zakres zbieżności w zezie rozbieżnym, obok prawidłowego ustawienia oczu, uzupełnia ją do normy w niedomodze mięśniowej, a obuoczne widzenie wraca tu nierównie prędzej, niż gdziekolwiek. To też są to najwdzięczniejsze przypadki dla operatora. Operacya zezu powinna być zawsze obustronnie wykonana, bo zez nie jest zmianą położenia jednego oka, ale obu òcz; a tylko ruchem skojarzonym oko jedno, zwykle dla tego, że lepsze, ustawiamy w celu dobrego widzenia w pośrodku szpary powiekowej. Jednooki zezować nie może. Kiedy operować i o ile zboczenie poprawić? są to dwa pytania, które się wreszcie jeszcze nasuwają.

Utrzymywało się do niedawna prawie powszechne twierdzenie, aby przed 9 lub 10 rokiem życia nie operować, a odnosiło się to wyłącznie do tenotomii mięśni wewnętrznych prostych. Widmo późniejszej rozbieżności osi ocznych, jak doświadczenie pouczało, stało operatorom przed oczyma, jeśli wykonano ten zabieg u dzieci małych. Lecz gdy dziś przekonano się, że równie dobrze antepozycyą mięśni zewnętrznych prostych w zezie zbieżnym można usunąć zboczenie, bez obawy następowego zeza rozbieżnego, nie stoi nic na przeszkodzie, aby skoro leczenie zachowawcze żadnego albo tylko skutek częściowy osięgło, wkroczyć operacyjnie. Antepozycya u dzieci da się równie dobrze i pewno wykonać, jak u dorosłych; naturalnie w narkozie, jak zresztą i Landolt w każdym przypadku operuje, a wyniki operacyjne nie różnią się wcale od wyników otrzymanych u dorosłych. Ile zaś zboczenie poprawić, to i tu tenotomia i antepozycya są dyametralnie przeciwne. W tenotomii znowu obawa późniejszej rozbieżności nie pozwala na pełną korekcyę; ale doświadczenie pouczyło, aby, jak już wyżej wspomniano, pozostawiano około $5^0$ zboczenia, jako ilość wystarczającą do zapobiegnięcia późniejszej rozbieżności. Inaczej w antepozycyi m. zewnętrznych prostych. Tutaj także doświadczenie operacyjne wykazuje, że choć efekt operacyjny na razie jest dobry, to po wyjęciu szwów, nieco się zmniejsza; należy zatem osięgnąć lekką rozbieżność, która, choćby i powstała, zniknie później. Po drugie, ćwiczenia późniejsze przywodzenia (addukcyi), względnie zbieżności są o wiele łatwiejsze niż rozbieżności (Javal), gdyż kiedy pacyent zauważy dwuwidzenie skrzyżowane, pierwszym jego wysiłkiem, aby obrazki skojarzyć, będzie usiłowanie zbieżności, co przy nie osłabionych mięśniach prostych łatwo się da wykonać.

(Dokończenie nastąpi).

## IV. Oceny i sprawozdania.

### Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

9) W. Einthoven. **Fizyologiczne wyjaśnienie różnych geometryczno-optycznych złudzeń.** *(Archiv Pflügera LXXI...).*

Wnioski naszego oka, co do wielkości i odległości otaczających przedmiotów, są tak dalece względne i zależne od warunków fizycznych i psychicznych, że na każdym kroku prawie spotykamy się z szeregiem złudzeń i kontrastów będących przyczyną fałszywego naszego sądu. Autor wymienionej wyżej pracy stara się podkreślić fakt, iż jednym z najważniejszych czynników przyczynowych tego zjawiska jest prawdopodobnie „widzenie pośrednie", przeciwstawione przez fizyologów widzeniu bezpośredniemu, zlokalizowanemu. O tem widzeniu pośredniem (indirectes Sehen), mało w którym podręczniku dokładnie opisanem, słów kilka pragnąłbym *pro memoria* nadmienić.

Zarówno w dziełach fizyologicznych jak i w oftalmologicznych znajdzie czytelnik wzmiankę o zjawisku, że ostrość widzenia maleje coraz więcej, im bardziej oddalamy przedmiot od *fovea centralis* ku obwodowi siatkówki tak, iż obrazy powstające na jej częściach zewnętrznych, są zupełnie niewyraźne. Część ta siatkówki ma jednak ważne znaczenie oryentacyjne, a według Exnera, który się specyalnie tą sprawą zajmował i którego imię przytaczają podręczniki właśnie pod tym względem, jest nawet niezmiernie wrażliwą na zmiany przestrzeniowe. O ile *fovea centralis* jest typowym narządem wyraźnego rozróżniania barw i kształtów, czyli zlokalizowanego widzenia, o tyle na wielkiem polu pozostałej siatkówki powstają obrazy, wprawdzie niewyraźne, lecz ostrzegające nas o istnieniu lub ruchach przedmiotów w otoczeniu, na które w danej chwili skierować możemy środek naszego oka, celem bliższego rozeznania szczegółów. — Exner przytacza zawsze w swoich wykładach ciekawe pod tym względem przykłady: jeżeli na zewnętrzną część siatkówki pada obraz kilkunastu punktów świecących, to nie możemy, jego zdaniem, nigdy podać dokładnie ich liczby, bez skierowania na nie środkowej części oka, lecz najmniejszy ruch jednego z tych punktów przez obwodowe części siatkówki dokładnie da się odczuć; jeżeli patrzymy się na brzeg zegarka, to wskazówki sekundowej nie widzimy wcale, aż dopiero wtedy, gdy zacznie się poruszać; jeżeli dwie jasne tarcze będzie ktoś oddalał na zewnątrz naszego oka tak długo, aż ich już nie zobaczymy, to przecie rozeznamy nagłe przesunięcie jednej obok drugiej. Krótko mówiąc: według Exnera, obwodowe części siatkówki służą do oryentowania się w ruchach, a więc w zmianach odległości otaczających przedmiotów, w przeciwieństwie do wspomnianego już widzenia bezpośredniego, zlokalizowanego.

Okulistom znany jest dobrze fakt, że ludzie cierpiący na *retinitis pigmentosa* u których tylko *fovea centralis* jest wrażliwa na światło, czytać mogą drobny druk, lecz oryentować się nie mogą w przestrzeni i ruchach otoczenia, z powodu właśnie utraty widzenia obwodowego, czyli pośredniego;

również w codziennem życiu możemy te nieprawidłowe warunki za poradą Fuchsa naśladować w ten sposób, iż patrzymy przed siebie przez długą wązką rurę, przez co oczywiście wykluczamy z gry resztę siatkówki; łatwo przewidzieć można, że przez tę rurę przedmioty niektóre widzieć będziemy ostro, lecz otoczenia nie rozeznamy i co chwila będziemy się potykać, gdybyśmy chcieli kroczyć przed siebie, trzymając ciągle rurę przed okiem.

Nie miejsce tu, ani czas, na przytaczanie bliższych, choć ciekawych szczegółów, dotyczących widzenia pośredniego; w literaturze istnieje cały spór między szkołą psychologów, wprowadzająca czynniki psychiczne do umotywowania zjawisk, które fizyologowie niektórzy uważają za prosta właściwość fizyologiczną obwodowych części siatkówki, tembardziej, że powidoki i złudzenia przestrzenne i ruchowe odpowiadają, co do praw i przebiegu, powidokom i złudzeniom barwnym. Tak samo jak znużeniem pierwiastków nerwowych tłómaczymy powstanie dopełniającego koloru zielonego na białem tle, po dłuższem wpatrywaniu się w kolor czerwony (kontrast barwny dopełniający, lub powidok ujemny) tak samo też możnaby znużeniem obwodowych części siatkówki, która wpatrywała się dłuższy czas w ruch fal rzecznych w pewnym kierunku wytłómaczyć np. złudzenie, jakoby most nad tą rzeką położony poruszał się w kierunku przeciwnym (powidok dopełniający ruchowy). W ogóle da się dużo kontrastów i złudzeń tłómaczyć, wychodząc z teoryi o widzeniu pośredniem i tego punktu wyjścia trzymał się też Einthoven. — Trudno oczywiście przytaczać jego pouczające rozumowania, nie mogąc załączyć odnośnych fotografij i rysunków, jak niemniej wdawać się w matematyczne obliczenia, mające na celu kontrolę paradoksu Müllera i teoryi Heymansa. Tyle tylko chyba nadmienić możemy, że Einthoven sprawą tą zajął się wszechstronnie, badając stosunek wielkości złudzeń geometrycznych do dostawy (cosinus) kąta między ramionami zawartego, wpływ zbliżania się tych ramion do linij porównawczych, znaczenie oświetlenia i ruchów gałek ocznych, wpływ wreszcie na wielkość złudzenia odległości figur łudzących od siatkówki. Wszystkie te badania doprowadziły autora do wniosku, że oryentowanie się w przestrzeni, zapomocą obwodowych części siatkówki, na które pada obraz nader niewyraźny przedmiotów, jest przyczyną, jeśli nie wyłączną, to niemniej ważną paradoksów Müller-Leyera, Loeba, Wundta i znacznej części złudzeń geometryczno-optycznych. Odsyłając bardziej ciekawych do pracy oryginalnej, uważaliśmy za rzecz pożyteczną podkreślić te ciekawe badania, i dodać do ich oceny kilka ogólnikowych uwag, dotyczących sprawy, nie każdemu może dokładnie znanej, t. j. sprawy „widzenia pośredniego czyli obwodowego“.

*Dr. Zanietowski.*

---

## V. Wyciągi.

Credé: **Płynne srebro metaliczne, jako środek leczniczy.** *(Klin. ther. Woch.*, 1898, Nr. 14, 15). Autor badał przedewszystkiem działanie tego środka w zakażeniach ropnych, zaznaczając jednak, że dodatnio działać on może tylko w przypadkach początkowych, lub przewlekłych. Z przetworów podał najpierw *unguentum Credé*, zawierającą 15% *Argentum colloidale*; maść tę każe wcierać w ilości 1,0—3,0 przy zapaleniach naczyń lub gruczołów chłonnych, zapaleniu tkanki podskórnej (phlegmone) i ogólnem zakażeniu ropnem (sepsis), przez 20—25 minut. Często już po jednorazowem wcieraniu sprawa ustępuje, czasem trzeba wcierać i przez kilkanaście dni. Gdy wcierania niemożliwe, przy ciężkich zakażeniach, zaleca C. pigułki, *(Arg. coll. 0,01, sacchari lactis 0,1, glycer. et aquae aa q. s.* na jedną pigułkę), po 2 pigułki 2—3 razy dziennie na pusty żołądek zażyć, poczem popić nieco wody przegotowanej, lub herbaty; w przypadkach przewlekłych wystarcza jedna pigułka rano, druga wieczór. Pigułki te działają zarazem dodatnio na łaknienie tak, że używać je można w przypadkach chorób żołądka i jelit, zamiast azotanu srebrowego. Prócz powyższych używa autor dla celów chirurgicznych pigułek silniejszych *(0.05 Arg. coll.)*, ale mniejszych (3 mm. w średnicy), które zakłada do otwartych ran, ropnych i gruźliczych, do przetok trudno się gojących, do przewodu słuchowego przy sprawach ropnych ucha środkowego, wreszcie do jamy brzusznej przy zapaleniach otrzewnej. Co do tych ostatnich spraw chorobowych, próby robił C. tylko na zwierzętach, ale z bardzo dobrym wynikiem.

Dla celów chirurgicznych i ginekologicznych poleca również czopki, zawierające *0,20 Arg. coll.*, (8 ctm. długie). Metalu tego w rozczynie używał autor do wstrzykiwań, w stosunku 1:200 wody przekroplonej, zamiast gliceryny z jodoformem, przeważnie przy sprawach gruźliczych w ilości ½—2 strzykawek Pravaza na raz, którąto dawkę po 8—14 dniach powtarza. Wstrzykiwanie pod skórę zdrową jest niebolesne, w tkankach twardych sprawia tylko nieznaczny ból.

W chorobach żołądka zapisuje autor następującą formułę: Rp.: *Arg. coll. Cr. 0,5, Aq. d. 50,0 Album ov 0,5* D. S. Po łyżeczce lub łyżce 3 razy dziennie w szklance wody lub herbaty, na czczy żołądek, ½ godz. przed jedzeniem. W ten sposób podawał C. lek ten w sprawach zakaźnych przewodu pokarmowego, w ogólnem zakażeniu ropnem, ogólnej gruźlicy, gośćcu rzeżączkowym i rzeżączce. W połowie z 11 przypadków rzeżączki, tylko wewnętrznie leczonych, wypływ ustał po 6—9 dniach, w połowie trwał on kilka tygodni. Wreszcie w przypadkach ciężkiego zakażenia ropnego wstrzykiwał autor rozczyn 1:500—2000 wprost do żyły; niema jednak w tym kierunku jeszcze dostatecznego doświadczenia.

W końcu kładzie autor nacisk na to, że w każdym przypadku lek ten działał ożywiająco i pobudzająco na stan ogólny ustroju, że nigdy, mimo stósowania przez czas dłuższy dużych dawek czystego srebra, (do 1,0 dziennie) nie zauważył srebrzycy, wreszcie, że nigdy, ani w moczu ani w nerkach srebra wykryć nie mógł. *F. K.*

Dr. Br. Kader: **Przyczynki kliniczne do etyologii i patologii tak zw. pierwotnego zapalenia mięśni.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebiete*, T. II, S.617). Mnożące się w ostatnich czasach spostrzeżenia, do których autor sporą garść z kliniki Mikulicza dorzuca, nie pozwalają dziś wątpić, że istnieje samoistna postać zapalenia mięśni ustroju. Jest to choroba zakaźna, która zależnie, czy to od siły zakażenia, czy też od odporności osobniczej, występuje w trzech formach, jako *polymyositis infectiosa* a) *serosa*, b) *purulenta* i c) *fibrosa*.

Postać pierwsza rozpoczyna się często tak, jak każda choroba zakaźna, a wśród ogólnych objawów, wysuwa się na plan pierwszy ból w wszystkich mięśniach lub pewnej tylko części: Po pewnym czasie występuje wyraźny obrzęk mięśni, ból na dotyk, stwardnienie, zmniejszona pobudliwość na prąd elektryczny i t. p. Skóra nad zajętymi mięśniami też brzęknie, pokrywa się rozmaitego rodzaju osutką, czasem zupełnie do róży podobną. Niekiedy istnieją rozpływne poty. W rozpoznaniu wykluczyć trzeba włośnicę *(trichiniasis)*, *graegarinosis*, *polyneuritis*. Rokowanie wogóle wątpliwe. Cierpienie trwa kilka dni lub przewleka się miesiącami. Leczenie objawowe. Charakterystycznem jest to, że ta postać zapalenia nie okazuje skłonności do zropienia. W zajętych mięśniach nie udało się dotychczas wykazać drobnoustrojów.

Postać druga, *purulenta*, różni się od pierwszej tylko ropniami w mięśniach. Czasami naciek ropny występuje w formie rozlanej, wzdłuż włókien mięśniowych. Podobny obraz chorobowy spostrzegamy w nosaciźnie (malleus), i nader rzadkiej sprawie, gruźlicy mięśni.

Etyologicznie ta sama, anatomicznie i prognostycznie różna, jest postać trzecia, włóknista. Choroba od początku ma charakter przewlekły, występuje w pojedyńczych mięśniach i powoduje ich zbliznowacenie tak, że stają się twarde,

jak deska, przykurczają się i skutkiem tego występują znaczne zaburzenia w ich czynności. Leczenie dążyć winno do sprowadzenia wessania wytworów patologicznych; czasami jednak lepiej od początku już uciec się do noża i wyciąć zajęty mięsień (n. p. zwacz). Tę formę wziąść można za przewlekłą włośnicę, gruźlicę, kiłę, mięsaka i t. p.

*Herman.*

Wolff: **O prostowaniu garbów (kyphus) gruźliczych.** (*Berl. klin. Woch.*, 1898, Nr. 7, 8). Po odpowiednim wstępie historycznym, na którego czele figuruje nazwisko Hippokratesa, przystępuje W. do wyłuszczenia zasad, któremi kierował się wśród swego postępowania Callot. Poszedł on znacznie dalej niż jego poprzednicy, gdyż dążył nietylko do naciągania, lecz do złamania zupełnego kręgosłupa i ustawienia należytego odłamków. Jako cel ostateczny wykreślił sobie C. zupełne wyleczenie sprawy zapalnej. Następuje opis znanej techniki opatrunku C., dalej ostra w wielu punktach krytyka. Mimo pozornie bardzo dobrego wyniku u 4 chorych, przedstawionych w *Académie de médecine* i mimo fotografij, przedstawionych na Zjeździe w Moskwie, W. nie oddaje się wcale zachwytowi nad sposobem C., gdyż efekt czysto kosmetyczny i optyczny, osiągnięty przez resekcyę wyrostków kolczastych (operacyę powyższą wykonał C. na pierwszych 35 przypadków 30 razy i to głównie celem uniknięcia częstych odleżyn), nie stanowi o rzeczywistem wyleczeniu, a przeciwnie operacya tego rodzaju przyczynia się tylko do osłabienia więzów, nadających siłę tylnej połowie kręgosłupa, wobec sprawy zapalnej w trzonach. Nadto czas leczenia uważa W. za zbyt krótki, aby można mówić o ostatecznym wyniku. Trudno sobie wyobrazić, jak mają zniknąć odsłoje gruźlicze? Zresztą Murray wykazał na 2 preparatach, pochodzących z dzieci, u których przed 2 i 3 miesiącami wykonano zabieg C., że niema śladu jakiegokolwiek wpływu korzystnego na sprawę gruźlicza. Ménard wykazał doświadczeniami na zwłokach, że, po gwałtownem prostowaniu garbu, powstaje jama, której wysokość z przodu wynosi 2—8 ctm., nie mogąca się wypełnić kostniną. Obrazy Röntgenowskie przypadków C. wcale nie mogą przekonać, aby masy kostne, wypełniające ubytek, były świeżo wytworzone, gdyż mogą pochodzić z czasów przed prostowaniem. O sprawie tej sądzi W., na zasadzie swego prawa o przeobrażeniu kości, że wprawdzie tu, jak w każdym innym przypadku, ustrój jest zdolny do wytworzenia odpowiednio odpornej i celowi swemu odpowiadającej kostniny, że jednak w okresie ostrym zapalenia kręgów proces zniszczenia przeważa nad sprawą przeobrażną. Dodać należy, że dotąd ogłoszono 12 przypadków śmierci bezpośrednio podczas prostowania, lub w pierwszych dniach po zabiegu; z tego 2 razy przypisują winę narkozie, zresztą znajdowano: zrazikowe zapalenie płuc, gruźlicę płuc, zapalenie opon mózg., wysięk krwawy w jamie opłucnowej, wreszcie kilka razy jedynie objawy złamania ze znacznym rozstępem. Są to przypadki przykre i wcale nie zachęcające, gdyż u większej liczby chorych byłoby z pewnością nastąpiło samoistne wygojenie się. Ponadto w licznych przypadkach występowały inne groźne objawy, jak podrażnienie opon, porażenia, nieistniejące przed operacyą i t. p. To też C. odstąpił później od zbytniej energii, jaką nacechowane były pierwsze ogłoszenia, zarzucił resekcyę wyrostków kolczastych lub łuków i nie dąży do łamania kręgosłupa, a przeciwnie prostuje, wśród łagodnego ucisku, powtarzanego wobec starszego garbu kilka razy na jednem posiedzeniu. W ten sposób przedstawił C. rzecz na Zjeździe w Moskwie. W. zgadza się, że wtedy prawie żadnego niebezpieczeństwa prostowanie nie przedstawia; lecz twierdzi zarazem, że w wielu przypadkach nic tą drogą uzyskać nie można, a w takim razie narkoza, grube watowanie, jakoteż leżenie chorego na wznak i odmówienie mu w ten sposób wszelkich przyjemności życia, nie są usprawiedliwione.

Jedyną i rzeczywistą zasługą Callota jest dostarczenie dowodu, że, wobec garbów gruźliczych, można występować bez przesadnej obawy ze znacznie większą energią, aniżeli o tem dotąd sądzono. Korzystając z tej zdobyczy naukowej, postanowił W. przenieść ją do ortopedyi funkcyonalnej i praktycznie zastósować. Zasada, jaką kieruje się ortopedya funkcyonalna, da się określić w ten sposób: prawidłowym kształtom zewnętrznym odpowiada ściśle pewna prawidłowa budowa kośćca; a w razie naruszenia tej ostatniej można, przez zbliżenie kształtów zewnętrznych możliwie do normy, wpłynąć naodwrót w ten sposób na kościec, iż ulega on powolnemu przekształceniu, zbliżającemu go również do stanu prawidłowego, a przynajmniej czyniącemu go zdolniejszym do funkcyi statycznej. Zasada ta pozostaje również, wobec choroby Potta i garbu, niewzruszoną. W. jest znacznie skromniejszy w swych dażeniach i celach, aniżeli był C., gdyż pozbywa się złudzenia wyleczenia sprawy zapalnej, a poprzestaje tylko na usunięciu, choćby częściowem, najwybitniejszych objawów i na stawianiu tamy szerzeniu się zapalenia. Dąży zatem w pierwszej linii do przywrócenia warunków statycznych, a wówczas, pod wpływem funkcyonalnego przystósowania się, ma się przeobrazić nietylko kształt, lecz i wewnętrzna budowa kośćca i uczynić go zdolnym do prawidłowej funkcyi. W tym celu radzi stósować tak zw. „Etappen-Verbände“, w postaci często zmienianych sznurówek. Technika następująca: chory wisi bez narkozy na przyrządzie Hoffy, w zwykłej pętli Glissona, z miednicą ustaloną zapomocą 4 przesuwalnych deszczułek, dodanych do przyrządu; barki ustala pomocnik, ciało pokryte trykotem, w linii środkowej, z przodu, leży walcowata poduszeczka. Jeden z asystentów wywiera opuszką palucha i powierzchnią grzbietową 2-giej falangi wskaziciela ręki prawej jak najsilniejszy ucisk na garb, przy prawym i lewym brzegu odpowiednich wyrostków kolczastych. Teraz zakłada się gipsowy gorset Sairea bez przesadnie grubego pokładu waty, nie zajmujący głowy. Asystent uciska stale na garb aż do uschnięcia gipsu, palce zostają ogipsowane, poczem miejsce najwięcej sterczące i narażone na odleżynę, pozostaje wolne od ucisku. (Jestto metoda, jaka oddała dobre usługi, wobec złamania rzepki i wyrostka łokciowego). Teraz wyciąga się poduszeczkę z nad piersi, nadto wycina się obok parę podłużnych okienek, aby ułatwić oddychanie. Co kilka dni, lub parę tygodni, zmiana opatrunku, a wśród każdego następnego coraz dokładniejsze prostowanie.

Od czerwca r. zeszłego stósował W. swój sposób w 24 przypadkach. Wiek chorych wahał się pomiędzy kilku a 29 laty; czas trwania choroby Potta dochodził do 4 lat. Z wyników jest W. więcej niż zadowolony. Fotografie odlewów gipsowych, otrzymanych w różnych okresach leczenia, wskazują, że następuje nietyle wyprostowanie samego garbu, ile wyrównanie kręgosłupa *in toto*. W ten sposób przywrócone zostają warunki statyczne, zbliżone do normy.

*Dr. B. Wojciechowski.*

P. Kraske: **O raku odbytnicy.** (*Samml. klin. Vortr. v. Volkmann* N. F. 183/184). W sporej rozprawce, na 81 stronach, zestawił autor wszystko to, czego się nauczył, spostrzegając i lecząc 110 chorych na raka odbytnicy, z których tylko 80 nadawało się do doszczętnej operacyi. W tej ostatniej liczbie figurują mężczyźni i kobiety w wieku od 32—76 lat liczebnie jednakowo. Histologicznie były to przeważnie nowotwory rakowate, o komórkach walcowatych, bardzo rzadko skiry, częściej już raki rdzeniaste, a nigdy nie widział postaci śluzakowej. Raka nabłonkowego spostrzegał 5 razy, a w jednym z nich obficie nagromadzonym był barwik w samych komórkach. Prócz tego zanotował autor dwa przypadki mięsaka barwikowego i jeden guza okazującego pod mikroskopem utkanie mięsakowe, z tym dodatkiem, że w jamach, niewysłanych wcale nabłonkiem, napotkał typowe włosy. Ostatnia okoliczność przemawia za wrodzonem pochodzeniem guza, jak zresztą w przekonaniu autora, zwolennika hipotezy Cohnheima, zarodek raka w ogólności jest wrodzonym. I może punktem wyjścia dla tych-to raków w szczególności jest nieprawidłowo utrzymujący się w „mesodermie“ entodermalny nabłonek tak zw. kiszki ogonowej, istniejącej

w bardzo wczesnym okresie życia płodowego? Wobec tej teoryi usuwa autor na plan dalszy wpływ często powtarzającego się urazu (chyba że owo drażnienie mechaniczne działa na tkankę zmienioną już skutkiem przewlekłego zapalenia), a i wpływ dziedziczności zdaje się być bardzo niepewnym, kiedy zaledwie u dwóch ze swoich chorych można było o niej mówić.

Wedle prawdopodobnych obliczeń chorzy, dotknięci rakiem odbytnicy, żyć mogą 4—5 lat. Giną skutkiem charłactwa, zapalenia otrzewnej po przebiciu się owrzodzenia etc. Rzadko śmierć sprowadzają przerzuty. Te bowiem w raku odbytnicy albo wcale nie powstają, albo bardzo późno. Nawet gruczoły chłonne nie tak stale jak przy rakach innych okolic, bywają zajęte. Więc cierpienie to długo istnieje jako choroba miejscowa i wcześnie operowane, daje wzgl. dobre rokowanie. Ogromną więc zasługę mieć będzie lekarz ordynujący, jeśli wcześnie chorobę rozpozna i wskaże choremu odpowiednie leczenie. Objawy cierpienia zbyt znane, by je tu za autorem powtarzać. Zresztą mieliśmy sposobność niedawno o nich referować. Leczenie, jak dotychczas, jest jedynie operacyjne: wyłuszczenie wzgl. odjęcie odbytnicy lub resekcya. Kolontomię stosować się winno jedynie w ostateczności, gdy wobec niemożliwej do wykonania operacyi doszczętnej, chory nie może oddawać stolca drogą przyrodzoną, gdy istnieje lub grozi niedrożność kiszki, a bardzo rzadko jako zabieg przedwstępny, poprzedzający operacyę radykalną. A do tej ostatniej chorego zwykle przez dłuższy czas przygotowywać trzeba, podając przez parę tygodni środki czyszczące, lewatywy etc. lub, jak nadmieniliśmy, odprowadzić dokładnie kał przez odbyt sztuczny, założony wysoko, najlepiej na okrężnicy (colon transversum). Że niema już zalegającego kału w jelitach, przekonać się można nie tyle przez obmacywanie, ile przez badanie moczu pod względem obecności kwasów eterosiarczanych. Operuje K. zależnie od przypadków, albo od strony międzykrocza (sposobem Volkmanna), albo, metodą przez siebie podaną, przez częściowe odpiłowanie kości krzyżowej. Oczywiście przenosi wycięcie prostnicy, nad odcięcie. W pierwszym przypadku łączy odcinki pierwotnym szwem okrężnym. Jamy po wypiłowaniu kości krzyżowej nie zaszywa, lecz tamponuje, względnie aż do miejsca szwu. W drugim nie czyni nic, coby kontynencyę przywrócić mogło. Zadawalnia się pelotą. O modyfikacyach swego sposobu wyraża się czasem z ironią, znajdując dla nich tylko wyrazy oburzenia, często (o modyfikacyach osteoplastycznych) z uznaniem, ale sam naśladuje ich. Z liczb, ilustrujących wynik, wyjmujemy: śmiertelność skutkiem operacyi 8·75%, skutkiem nawrotu i przerzutów raka umarło w ciągu $^{1}/_{2}$—12$^{3}/_{4}$ lat chorych 22; 16 zmarło bez nawrotu z różnych przyczyn w 1—5 lat po operacyi, a bez nawrotu żyje $^{3}/_{4}$—8$^{1}/_{2}$ lat osób 15. *Herman*

Saft: **Nowy sposób zastosowania gliceryny do sztucznego wzniecania poronień.** (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 3). Wstrzykiwanie gliceryny między ścianę macicy a jajo płodowe, sposób podany przez Franka celem sztucznego wzniecania czynności porodowej, nie znalazł w praktyce zastósowania mimo swych własności wywoływania silnych i wydatnych skurczów macicy, gdyż miał on także swoje złe strony, sprowadzając zatrucie ustroju, objawiające się rozkładem czerwonych ciałek krwi, hemoglobinurią, zapaleniem nerek i t. p.

Szkodliwość gliceryny wessanej przez powierzchnię ranną i zdolność wywoływania skurczów macicy polega na jej własnościach wodochłonnych. Pod wpływem ich ciałka krwi czerwone kurczą się, obumierają i rozpuszczają się zupełnie, z drugiej strony zwoje nerwowe i nerwy macicy, przez pozbawienie ich wody, zostają pobudzone, a bodziec ten udziela się mięśniom macicy.

Chcąc więc zużytkować tę własność gliceryny bez szkody dla ustroju, podaje autor następujący sposób: do końca elastycznego cewnika przywiązuje szczelnie kondom z pęcherza rybiego tak, by otwór cewnika komunikował z wnętrzem kondomu. Po wsunięciu końca cewnika wraz z przymocowanym do niego kondomem do macicy, między jej ścianę a jajo płodowe, tak głęboko, by kondom zajął miejsce tuż ponad ujściem wewnętrznem, wypełnia się go przez cewnik gliceryna w ilości 100 ctm., koniec zewnętrzny zawiązuje i zagiąwszy go ku sklepieniu, pochwę lekko tamponuje się gazą jodoformową. W ten sposób wprowadzona w zetknięcie z tkankami gliceryna, na podstawie prawa przenikania cieczy przez błony zwierzęce, odciąga z tkanek wodę i wywiera żądany skutek; sama zaś w bardzo małej ilości i rozcieńczona przechodzi przez ściany kondomu, spływając zaś wzdłuż cewnika na zewnątrz, nie jest w stanie szkodliwie zadziałać. Przed użyciem kondomu, należy go wypróbować, czy nie przepuszcza wody, nadto odwietrzyć przez wymoczenie w eterze i roczynie alkoholowym sublimatu.

Autor użył tego sposobu w kilku przypadkach z dobrymi wynikami, poród trwał przeciętnie 52 godzin, podczas gdy przy użyciu innych sposobów około 108 godzin, również złego wpływu dla matki jak i dziecka autor nie stwierdził. *Ww.*

Zygmunt Gottschalk: **O wpływie połogu na torbielaki jajnikowe.** (*Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna*, Nr. 207, r. 1898). Nowotwory jajnikowe, jako to: torbiele, torbielaki i torbiele skórzaste spostrzegamy obecnie u położnic względnie rzadko; najczęściej bowiem już podczas ciąży usuwa się je drogą operacyjną. Natomiast często podczas zabiegu operacyjnego, wykonywanego u osób z torbielami jajnikowymi, w celu ich usunięcia, spostrzegamy w nowotworach tych i ich otoczeniu ślady po przebytych połogach. Za takie zmiany połogowe nowotworów jajnikowych uważa autor zrosty nowotworów z otoczeniem, mianowicie z jelitami i otrzewną ścienną, dalej skręcenie szypuły nowotworu, do którego przychodzi często po porodzie u osób z torbielem jajnikowym, skutkiem nagłej zmiany ciśnienia w jamie brzusznej, i wreszcie zropienie treści torbiela skutkiem wtargnięcia drobnoustrojów, co zwłaszcza podczas połogu jest bardzo łatwo możliwem. Zropienie treści torbiela sprowadzić może w późnych okresach połogu, w czwartym lub szóstym tygodniu po porodzie, objawy zapalenia otrzewnej. G. opisuje przypadek nowotworu torbielowego jajnika, co do którego na pewno można powiedzieć, że istniał już we wczesnym okresie ciąży, gdyż już w pierwszych jej miesiącach został rozpoznany przez kilku lekarzy jako taki. Nowotwór był ruchomy, gdyż podczas zstępowania główki dziecka do miednicy małej wysunął się ku górze. Poród w przypadku tym ukończono przy pomocy kleszczy. Po dwóch dniach po porodzie wystąpiły objawy zadrażnienia otrzewnej jednak bez podniesienia ciepłoty ciała, które po dwóch tygodniach ustąpiły. We dwa miesiące później wystąpiły znaczne bóle w brzuchu, uporczywe wymioty i zaparcie stolca, z powodu którychto dolegliwości chora zgłosiła się na klinikę. Rozpoznano nowotwory obu jajników i przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Powłoki brzuszne otworzono cięciem krzyżowem, ponieważ cięcie zwykłe podłużne nie dawało dostatecznego dostępu i z wielkiemi trudnościami wydobyto torbiel, wychodzący z jajnika prawego, połączony z otoczeniem rozległymi zrostami. Jajnik lewy nie był nowotworowo zmieniony. Zrosty te między nowotworem a częścią zstępującą jelita grubego były tak silne, że musiano je przecinać nożyczkami. Szypuła torbiela była skręcona dwa razy około swojej osi. Treść torbiela była zropiałą, a oprócz tego torbiel zawierał wielką ilość gazów. W tkance okołomacicznej, po stronie prawej, znajdował się duży ropień, który otworzono, a ropę wypuszczono.

Ażeby uniknąć zakażenia reszty jamy brzusznej ropą, pochodzącą z otworzonego ropnia, zeszyto otrzewnę ścienną z krezką ponad wchodem miednicy, przez co otworzono ścianę przedzielającą niejako jamę brzuszną na dwie części, miednicę zaś małą osączkowano zapomocą gazy jodoformowej. Opatrunek zmieniano co kilka dni z powodu obfitego przesączu. Po sześciu tygodniach osoba ta wyzdrowiała zupełnie. Badanie bakteryologiczne treści torbiela wykazało obecność

*bacterium coli commune*, czem tłómaczy autor wielką ilość gazów w treści torbiela. Drogą wtargnięcia *bacterium coli commune* do treści torbiela była prawdopodobnie ściana jego w miejscu zrośnięcia z jelitem grubem.

*Piotrowski.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

**Posiedzenie naukowe z dnia 27 maja 1898 roku.**

Przewodniczący: kol. Dr. Machek. — Członków obecnych 40.

Jako gość: kol. Dr. Załoziecki z Czerniowiec.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prof. Ziembicki przedstawił chorego po wyłuszczeniu stawu barkowego wraz z łopatką, z powodu mięsaka drobnokomórkowego, zajmującego staw barkowy z otoczeniem. Nawrót cierpienia w 5 tygodni mimo dokładnego wyczyszczenia. Prelegent zaznacza trudność wyszukania i podwiązania tętnicy podobojczykowej w tak zmienionych stosunkach.

Kol. Docent Wehr uznaje trudność powyższą, przypominając sobie, z czasów pobytu w Chełmnie, przypadek wyłuszczenia ramienia w stawie barkowym po zmiażdżeniu.

3. Kol. prof. Rydygier podał wyniki, osiągnięte w lwowskiej klinice chirurgicznej przez pierwszy rok jej istnienia, to jest od 20 maja 1897 do 20 maja 1898. Ogółem dokonano 512 operacyj z odsetkiem śmiertelności 4·2%.

Do szczegółowego zestawienia liczby i jakości przypadków operowanych, które w całości ogłoszonem będzie, dołączył prelegent kilka uwag co do sposobu operowania i najnowszych zmian w metodach operacyjnych. I tak: a) oświadcza się przeciw operowaniu w rękawiczkach, bez względu z jakiegokolwiek są one materyału; b) chwali i zaleca dokonywanie operacyj, nawet większych, n. p. operacyj na żołądku i jelitach w znieczuleniu sposobem Schleicha.

Ze zmian w technice operacyjnej podaje: a) usuwanie raka odbytnicy drogą przez powłoki brzuszne, co w ułożeniu Trendelenburga, a przy niezbędnej poprzedniej dyagnozie, iż guz przechodzi załamek otrzewnej (w zatoce Douglasa), ma tę zaletę, że pozwala dobrze widzieć krezkę i gruczoły, zajęte nowotworem, oraz że łatwo można założyć szew w przystępnie odsłoniętej zatoce; b) sposób wykonania tymczasowej *fistula stercoralis* przez załamanie dwunastnicy; c) zmodyfikowane przez siebie kleszczyki do wyjmowania głęboko zapadniętych, odłamanych rurek tracheotomijnych.

Na zakończenie przedstawił prelegent chorą, u której, w miejsce wyciętej wskutek nowotworu szczęki dolnej, przeniósł część obojczyka z wynikiem dobrym, oraz okaz pęcherza moczowego z ogromnym przerostem ścian i rozszerzeniem moczowodów, bez żadnej wykazalnej ani za życia, ani przy sekcyi przyczyny tego przerostu. Wynik badania drobnowidowego był również ujemny. Pęcherz pochodził z kilkunastoletniego chłopaka, który wśród jedynie objawów zatrzymania moczu niezupełnego (ischuria paradoxa) zgłosił się do kliniki i po kilku dniach umarł.

Nad tym ostatnim wypadkiem zabierali głos koll.: Krasowski, Wehr, Krzyszkowski i Obtułowicz.

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

## VII. KORESPONDENCYE.

*Warszawa w czerwcu*

Dawno upragnione przez nas Towarzystwo Higieniczne uzyskało wreszcie zatwierdzenie władz i w dniu 1 czerwca r. b. odbyło pierwsze posiedzenie w sali Towarzystwa Lekarskiego. Na posiedzeniu tem, zwołanem przez prof. J. Kosińskiego, który jest jednym z założycieli nowego towarzystwa, wybrano Radę zarządzającą, w skład której wchodzą: prof. Wł. Brodowski, sekretarz stały Tow. Lekar., Dr. Bol. Gepner (ojciec), prezes tegoż Towarzystwa, prof. Jul. Kosiński, Dr. J. Polak, redaktor „Zdrowia“ i higienista miasta, Dr. W. Szumlański, wydawca „Zdrowia“, Al. Głowacki (Bolesław Prus), inżynierowie: Grotowski i Mościcki, adwokat F. Nowodworski (redaktor „Kur. Warszawskiego“), adwokat Libicki (redaktor „Kur. Codz.“). Są to założyciele Towarzystwa. Prócz tego do Rady weszli dwaj chemicy: Dr. Leon Nencki i Wład. Leppert. Wielce zasłużony na polu higieny, Dr. St. Markiewicz, wyboru nie przyjął, z powodu nadmiaru przeróżnych zajęć społecznych i zawodowych. Na zastępców członków Rady powołani zostali: ksiądz J. Siemiec, b. regens Seminaryum, lekarze: M. Jakowski, A. Puławski, Al. Żurakowski, aptekarze: Bukowski i Mutniański; do komisyi rewizyjnej: K. Dejke, dyrektor Banku Handlowego, lekarze: A. Heinrich i E. Korniłowicz.

Na następnem posiedzeniu Rada wybrała z pomiędzy siebie prezesa, którym został prof. J. Kosiński, wiceprezesa, Dr. Leon Nencki, sekretarza, Dr. Wit. Szumlański i skarbnika, inż. Grotowski.

Do chwili obecnej Towarzystwo posiada już 73 członków rzeczywistych, którzy wnoszą po 10 rub. składki rocznej i są wybierani przez Radę zapomocą tajnego balotowania.

Oprócz członków rzeczywistych Towarzystwo mieć będzie członków zwyczajnych, płacących rocznie 3 rub., lub jednorazowo rub. 50. W ten sposób liczba osób, interesujących się sprawami Towarzystwa, będzie mogła znacznie się powiększyć. O to właśnie chodzi, gdyż zadaniem Towarzystwa jest roztrząsanie zagadnień z dziedziny higieny, szerzenie wśród ogółu wiadomości higienicznych, jak również praktyczne zastosowanie podstaw higieny, w celu ograniczenia wśród mieszkańców skłonności do chorób i zmniejszenia śmiertelności (§ 1). Do osiągnięcia tego zadania służą:

1) Komunikaty z dziedziny higieny i rozbiór spraw higienicznych na posiedzeniach Rady Tow.;

2) urządzanie pracowni do badań higienicznych, gromadzenie zbiorów higienicznych, wystaw itd.;

3) wydawanie broszur i książek o sprawach, stanowiących zadanie Towarzystwa i urządzanie odczytów popularnych (§ 2).

Bardzo ważną atrybucyą Towarzystwa jest możność zakładania filii w guberniach Król. polskiego, z decyzyi Generał-Gubernatora (§ 3).

Sprawozdania i akta Towarzystwa prowadzone być winny w języku rosyjskim, przyczem „wolno jest równolegle z rosyjskim tekstem sprawozdań, drukowanych *en regard*, umieszczać tłómaczenie polskie“ (uwaga do § 29).

Z założeniem Towarzystwa higienicznego otwiera się nowe pole dla bardzo szerokiej i owocnej działalności społecznej, która powinna objąć kraj cały. Jesteśmy pod względem higieny publicznej i prywatnej społeczeństwem bardzo zacofanem, mało się naprawdę sprawami zdrowotności interesujemy i na ogół słabe o niej mamy wyobrażenie; dla tego też Towarzystwo czeka praca bardzo mozolna. Pierwsze kroki zwłaszcza będą bardzo trudne, gdyż trzeba będzie opracować plan działalności, regulamin, znaleźć odpowiedni lokal, pozyskać jak największą liczbę członków i jak najwięcej środków. Ale nie ma na to rady. „Trzeba z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe“, jak mówi poeta.

Ze spraw naszych lekarskich zasługuje na uwagę założenie pracowni Röntgenowskiej dla szpitali warszawskich, gdzie każdy ordynator szpitalny będzie miał prawo bezpłatnie chorych prześwietlać promieniami Röntgena, a za zwrotem kosztów otrzymywać odpowiednie zdjęcia fotograficzne. Dotychczas mieliśmy dwie pracownie prywatne: kol. Mikołaja Brunnera i kol. Bychowskiego. Kolega Brunner, naczelny lekarz szpitala ewangielickiego, znany jest z zamiłowania i gruntownego znawstwa elektrotechniki w zastosowaniu do medycyny. Metodę Röntgena poznał do gruntu i starał się z nią zapoznać ogół lekarzy zapomocą odczytów i demonstracyj w Tow. Lekarskiem. Każde nowe odkrycie w tej dziedzinie nie tylko zna gruntownie, ale je nieraz bar-

dzo trafnie modyfikuje i upraszcza. Nowoutworzona pracownia, mieszcząca się w szpitalu św. Ducha, odpowiada wszelkim wymaganiom nauki, ale jak to u nas bywa prawie zawsze, prowadzoną jest przez kol. Brunnera bezpłatnie z wielkim z jego strony nakładem bezinteresownej pracy. Ta właśnie bezinteresowność kol. Brunnera, oraz odległość pracowni od niektórych szpitali, będzie krępowała wielu lekarzy. Zewsząd podnoszą się głosy, że podobne pracownie należałoby urządzić w każdym większym szpitalu i odpowiednio wyposażyć. Nie mówiąc o chirurgach, dla których metoda Röntgena jest bardzo ważnym nabytkiem, interniści, zdaje się, zdobędą w niej także niemałą pomoc dla dyagnostyki, zwłaszcza w chorobach narządów klatki piersiowej. W Towarzystwie naszem dość często koledzy dzielą się swojemi spostrzeżeniami w tym kierunku. Kol. E. Zieliński przedstawiał kilka zdjęć fotograficznych tętniaków aorty; kol. Sędziak, ciekawy przypadek również tętniaka aorty, w którym promienie Röntgena stanowczo wpłynęły na rozpoznanie; kol. A. Puławski demonstrował chorą z nowotworem śródpiersia, gdzie prześwietlanie promieniami Röntgena i fotografia istnienie guza *ad oculos* stwierdziły. Wiadomo, że promienie Röntgena wykrywają wysięki opłucnej, nawet nacieczenia gruźlicze. Są to wszystko rzeczy mało jeszcze sprawdzone, wymagające wielkiej ilości spostrzeżeń, kontrolowanych przez badanie kliniczne i anatomo-patologiczne. O leczniczem działaniu promieni Röntgena nawet nie wspominam, lubo i nad tem należałoby pomyśleć wobec pewnych niewątpliwych faktów, notowanych za granicą. Dla rozwoju nowej metody potrzeba, ażeby specyaliści, pracujący nad jej techniką, szli ręka w rękę z klinicystami. Z prywatnej pracowni kol. Bychowskiego koledzy również wiele korzystają, dzięki uprzejmości jej właściciela. Kol. Bychowski zapowiedział na Zjazd poznański temat z dziedziny Röntgenografii (o prześwietlaniu klatki piersiowej). Z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego notuję następujące fakty. Kolega Polak zdawał sprawę ze Zjazdu higienicznego w Madrycie. Brało w nim udział tylko 5 Polaków. Zjazd uwzględnił propozycyę kol. Wł. Janowskiego, tyczącą się ujednostajnienia siły surowicy przeciwbłoniczej we wszystkich krajach i zalecił oddzielnej komisyi międzynarodowej opracowanie tej sprawy. Na jednem z posiedzeń, zdaje mi się, że poraz pierwszy zabrała głos kobieta-lekarz. Panna Downarowiczówna, jedyny członek naszego Towarzystwa żeńskiego rodzaju, mówiła o przypadku choroby Erba, z przedstawieniem preparatów anatomo-patologicznych. Kol. Downarowiczówna uczęszcza na oddział kol. Gajkiewicza w szpitalu żydowskim i tam opracowała swój temat. O ile mi wiadomo, dwie jeszcze kobiety pracują u nas na oddziałach szpitalnych: kol. M. Zielińska, zawiaduje pracownią mikroskopową na oddziale kol. Krajewskiego i kol. S. Włodkowa uczęszcza na oddział chorób wewnętrznych kol. A. Puławskiego. Kol. Salberg przez lat kilka pracowała na oddziale kol. T. Dunina, a przez czas krótki kol. Majewska na oddziale kol. Wł. Janowskiego. Podaję nazwiska tych śmiałych niewiast, które w swej karyerze lekarskiej idą zwykłym trybem, utartym przez rodzaj męzki, t. j. ciężką pracą w szpitalu starają się uzupełnić braki uniwersyteckiego wykształcenia lekarskiego.

Na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa kol. Gepner (syn) poruszył ważną pod względem higieniczno-lekarskim sprawę ropnego zapalenia łącznicy noworodków, opierając się na bogatym materyale Instytutu oftalmicznego. Mówca uznaje potrzebę szerzenia wśród ogółu wiadomości o przyczynie tej choroby, następstwach jej i zapobieganiu zapomocą popularnych broszur lub wykładów. Z rozpraw nad tym przedmiotem wyłonił się projekt przekazania tej sprawy w ręce świeżo utworzonego Towarzystwa higienicznego, co też jednogłośnie przyjęto.

Przyszły Zjazd lekarski w Poznaniu bardzo nas żywo zajmuje. Wybiera się tam bardzo wielu kolegów, a każdy stara się ze sobą przywieźć jaki odczyt lub opracować temat do rozpraw. Naturalnie wszyscy pojechać nie możemy, ale wszyscy chcielibyśmy zaznaczyć nasz współudział i naszą życzliwość dla tych, którym sądzono pracować w ciężkich warunkach, a którzy jednak potrafią nosić wysoko sztandar naszego zawodu. Ztąd też powstała myśl, aby przynajmniej wszyscy współwłaściciele naszych pism lekarskich zapisali się na członków Zjazdu, bez względu na to, czy okoliczności pozwolą im wziąść czynny udział w Zjeździe, czy nie.

Dla tych, którzy pojechać nie mogą, będzie to pewną kompensatą i moralnem zadowoleniem, iż skromną opłatą biletu członkowskiego przyczynili się w czemkolwiek do powodzenia Zjazdu; dla komitetu zaś gospodarczego ten jednorazowy wpływ znaczniejszej kwoty może być pewnem ułatwieniem w układaniu preliminowanych wydatków na dziennik, pamiętnik itd. Takie konkretne zespolenie się ze Zjazdem obecnym, będzie objawem bardzo miłym i pożądanym. Mam nadzieję, że Zjazd tak wam szpalty zapełni, iż przez lato wiadomości z Warszawy nie będziecie ciekawi. A więc do jesieni! *Prawdzic.*

---

## VIII. Wiadomości bieżące.

*Kraków 23 Czerwca.*

*Komitet gospodarczy VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przysłał nam następującą odezwę do ogłoszenia*:

„Stosując się do życzeń wielu kolegów z Warszawy, urządza Komitet gospodarczy, po ukończeniu Zjazdu, w piątek, dnia 5 sierpnia r. b., wspólną wycieczkę do zdrojowisk szląskich, a mianowicie do Landecku, Langenau, Reinerzu, Cudowy, Goerbersdorfu, Salzbrunnu, Flinsbergu i Warmbrunnu. W odnośnych miejscowościach lekarze zdrojowi, zawiadomieni o przybyciu gości, ułatwią zwiedzającym bliższe zapoznanie się z wodami. Ponieważ, dla odpowiedniego przyjęcia szanownych gości, koledzy w zdrojowiskach powyższych pragną choćby w przybliżeniu wiedzieć, ilu uczestników Zjazdu będzie korzystało z wycieczki, przeto Komitet gospodarczy uprasza o wczesne zgłaszanie się do członka komitetu, p. dra Bolesława Kapuścińskiego (ulica Wilhelmowska nr. 11), który też bliższemi służyć będzie informacyami“.

W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty:

182) Docent Dr. Haskowec z Pragi: „Wrzekomo-opuszkowe porażenie (paralysis pseudobulbaris). 183) Docent Dr. O. Frankenberger z Pragi: „Seroterapia ozaeny“. 184) Prof. Dr. E. Maixner z Pragi: „Opuszkowe objawy syringomyelii“. 185) Prof. Dr. V. Rubeška z Pragi: „Stósowanie śródmaciczne baloników kauczukowych“. 186) Docent Dr. Ot. Kukula z Pragi: Temat zastrzeżony z chirurgii. 187) Dr. B. Bouček z Pragi: „Higiena szkolna“. 188) Prof. Dr. Vit. Janowský z Pragi: Temat zastrzeżony z dermatologii. 189) *Appendicitis*: referent Dr. Krajewski z Warszawy, koreferent Dr. Dunin z Warszawy. 190) Dr. J. Drzewiecki z Warszawy: „O dyetetycznem leczeniu suchot płucnych“. 191) Docent Dr. Baurowicz z Krakowa: „O odrażaniu lusterek do badania górnych dróg oddechowych“. 192) Dr. Stanisław Szuman z Poznania: „Przyczynek do nerwic słonecznym wywołanych udarem“. 193) Tenże: „Nowa próba leczenia rwy kulszowej“. 194) Tenże: „Pogląd na dzieje psychiatryi“. 195) Prof. A. Beck ze Lwowa: „O unerwieniu ślinianek“. 196) Tenże: „O zjawiskach galwanicznych w rdzeniu pacierzowym“. 197) Tenże: „Wpływ czasowego podwiązania przewodu Whartona na czynność gruczołu podszczękowego“. 198) Tenże: Sprawozdanie z pracy Dr. Jasińskiego: „O tak zw. antytoksycznej czynności wątroby“. 199) Tenże: Sprawozdanie z pracy Dr. Bikelesa: „O przebiegu dróg czuciowych w rdzeniu pacierzowym królika i psa“. 200) Dr. A. Kozerski z Warsza-

wy: „O pewnej krwawo-martwicowej postaci wysypki skórnej i jej stosunku do innych chorób skórnych“. 201) Dr. E. Sachs z Warszawy: *O lues maligna*. 202) Dr. Krysiewicz z Poznania: „Enteroenterostomia przy wgłobieniu jelit“. 203) Dr. Drobnik z Poznania: „O leczeniu złośliwych gruczolaków śródmiąższowemi wstrzykiwaniami arszeniku“. 204) Tenże: „Leczenie gruźliczego zapalenia stawu biodrowego“. 205) Dr. Jan Panieński z Poznania: „O działaniu kąpieli piaskowych przy przewlekłym reumatyzmie stawowym“. 206) Dr. Guranowski z Warszawy: „W sprawie etyologii, zapobiegania i leczenia ostrych zapaleń ucha środkowego“. 207) Tenże: „Z kazuistyki otyatrycznej“. 208) Prof. Dr. Rydygier ze Lwowa: „Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie“. 209) Tenże: „Kilka uwag o antyseptyce i aseptyce“. 210) Tenże: „O znieczulaniu miejscowem“. 211) Tenże: „Demonstracya zmienionych kleszczyków Tiemanna do wyjęcia ciał obcych z oskrzeli“. 212) Tenże: „Demonstracya nowego przyrządu do podwiązywania naczyń Rydygier-Lepszego“. 213) Tenże: Nowe cięcie do wycinania nowotworów z *coecum* i *S-romanum*. 214) Dr. Krasowski ze Lwowa: „O metodzie Callota na podstawie doświadczenia w klinice chirurgicznej we Lwowie“. 215) Tenże: „O leczeniu wilka“. 216) Dr. Nussbaum Henryk z Warszawy: „O wahaniach fizyologicznych odporności ustroju. 217) Tenże: „O wpływie laktacyi na powstawanie neuroz.

* *Zarząd 8 Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu rozesłał do wszystkich prelegentów Zjazdu następujący komunikat*:

Wielmożny Panie! Ponieważ na zbliżający się VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, jaki się odbędzie w Poznaniu od 1-go do 3-go Sierpnia r. b., już do dzisiaj przeszło dwieście nadesłano zgłoszeń z odczytami, a krótkość czasu Zjazdu wykluczałaby możliwość wygłoszenia wszystkich odczytów, gdyby Szanowni Prelegenci nie zastosowali się do pewnych przepisów zasadniczych, przeto Komitet gospodarczy udaje się do Wielmożnego Pana z uprzejmą prośbą, aby **najpóźniej do 3 go Lipca r. b.** raczył nadesłać na ręce prezesa Zjazdu, p. Dr. H. Święcickiego (Poznań, pałac Działyńskich), jak najkrótsze streszczenie zapowiedzianego odczytu. Autoreferaty te wyjdą drukiem kilkanaście dni przed Zjazdem i rozesłane, względnie rozdane, będą wszystkim Uczestnikom. Wygłoszenie odczytu nie powinno zająć więcej jak 15 minut czasu. Zabierającemu głos w dyskusyi wolno tylko 5 minut przemawiać. Nadto już w czasie posiedzenia winien przemawiający wręczyć sekretarzowi Zjazdu poprzednio przemówienie swoje i to spisane na jednej tylko stronie, wręczonej mu przez sekretarza karty. Komitet gospodarczy ma nadzieję, że przeprowadzona w ten sposób organizacya umożliwi wygłoszenie wszystkich odczytów i dyskusyę uczyni więcej wyczerpującą.

UWAGA. Karty uczestnictwa już teraz wydaje podskarbi Zjazdu, pan dyrektor Więckowski (Poznań, Rynek, Bank Przemysłowców), oraz komisarze Zjazdu, a mianowicie: w Warszawie: Dr. K. Rychliński (Krucza 35), w Krakowie: prof. Wicherkiewicz (Wolska), we Lwowie: radca dworu prof. Rydygier, w Paryżu: Dr. Motz (Boulv. St. Michel 45), w Pradze: prof. Dr. Chodounský.

Radzimy wcześnie zgłaszać się o mieszkania na czas Zjazdu do p. Dr. B. Kapuścińskiego, Poznań, ulica Wilhelmowska 11.

* Komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego weźmie udział w uroczystości odsłonięcia pomnika wieszcza Mickiewicza. W niedzielę, dnia 26-go czerwca, obecnym będzie zarząd Towarzystwa przy samym akcie odsłonięcia; w poniedziałek zaś przyjmie udział w uroczystym pochodzie na Wawel i zaprasza do współudziału w tym pochodzie wszystkich członków Towarzystwa. Ci więc z kolegów, którzy będą życzyli należeć do pochodu, mają zaopatrzyć się w odznakę Towarzystwa u sekretarza stałego, doc. dr. Sroczyńskiego (ul. Floryańska, 38) i przybyć w godzinie, oznaczonej przez miejski komitet uroczystościowy, na punkt zborny przy bramie Floryańskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Stanisław Kaczurba

* Prof. Dr. H. Kadyi wybrany został rektorem Uniwersytetu lwowskiego.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell., na ostatniem swem posiedzeniu, wybrał Dr. H. Jordana dziekanem na rok przyszły.

* Dziekanem lwowskiego Wydziału lekarskiego wybrany został prof. Antoni Gluziński.

* Zeszyt II Chirurgii szczegółowej Hueter-Lossena opuścił już prasę w przekładzie Drów Szumlańskiego i Leśniowskiego; obejmuje choroby chirurgiczne głowy. Cena zeszytu 50 kop.

* Dnia 7 maja stwierdzono ospę w galicyjskich 24 powiatach i 97 gminach; dur osutkowy: w 27 powiatach i 57 gminach.

* Wszyscy współwłaściciele »Gazety Lekarskiej«, w liczbie 44, zapisali się na uczestników Zjazdu poznańskiego.

* Na delegatów do Sekcyi prasowej Zjazdu wyznaczyła »Gazeta Lekarska« kolegów: Henryka Nussbauma i Franciszka Kijewskiego.

* Czcigodny prof. Laskowski z Genewy, po 35-letniej niebytności w kraju, przybędzie na Zjazd Poznański.

**Mianowani**: Prof. nadzwyczajny, Dr. Aleksander Kolisko, mianowany został profesorem zwyczajnym sądowej medycyny w Wiedniu. Dr. Juliusz Scheff, profesorem nadzwyczajnym dentystyki w Wiedniu.

**Nekrologia**. Dr. A. v. Zenker, b. profesor anatomii patologicznej w Erlandze, zmarł w 73 roku życia. Dr. Karol Rokitański, profesor położnictwa w Gradcu styryjskim, zmarł 19 b. m.

**Artykuły oryginalne**, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Z. 11: Rabeka L.: Przyczynek do leczenia ospy naturalnej. Beatusa E.: O tętnic zwolnionem. W *Medycynie* Nr 25: Sonnenberga E.: Przypadek zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia (dokoń.). Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 25: Dzierzgowskiego S.: O stosunku surowicy przeciwbłoniczej do toksyny błoniczej. Puławskiego A.: Guz śródpiersia przedniego. Dr. Dziewiszka B.: Przypadek plamicy Werlhofa zakaźnej, pierwotnej.

**Redakcya otrzymała**:

— Dr. Eberson: Ueber die Anwendung des Ichthyols bei Augenkrankheiten (odbitka). Wieden, 1898.

— Dr. Moncorvo: Les lymphangites de l'enfance et leurs conséquences (odbitka). Paryż, 1898.

— Tenże: Sur le traitement de la chylurie par l'ichtyol (odbitka). Paryż, 1898.

— Dr. Lestikow: Das Ichtyol in seiner Verwendbarkeit für die Schiffs- und Tropen-Praxis (odbitka). Lipsk, 1898.

— Dr. Wróblewski A.: Ueber die Eigenschafften der löslichen Stärke und über eine einfache methode zur Darstellung derselben (odbitka). Berlin, 1898.

— Tenże: Was ist Osborne'sche Diastase? (odbitka). Berlin, 1898 rok.

— Tenże: Einige Beobachtungen über den Einfluss der Sterilisation auf die chemische Beschaffenheit der Milch (odbitka). Wiedeń, 1898 rok.

— Tenże: O istocie chemicznej fermentów amylotycznych (odbitka). Kraków, 1898.

— Dr. Luxenburg J.: Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. Warszawa, 1898.

— Dr. Janowski Wł.: Przypadek pierwotnego dwustronnego ropnego zapalenia nadnercza. Warszawa, 1898.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we czwartek, dnia 30-go Czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, w sali Śniadeckich („Collegium novum“), posiedzenie nadzwyczajne, na którem I) kol. prof. Bujwid mówić będzie: „O zabezpieczeniu społeczeństwa od gruźlicy, szczególnie udzielającej się za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt perliczych“. II) Kol. Dr. Nartowski: „O morfologii i biologii komórki nerwowej“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

## Ogłoszenie konkursu.

**Wydział powiatowy** w Horodence ogłasza niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Czernelicy.

Płaca roczna wynosi 500 złr. z funduszu powiatowego, 200 złr. z funduszu gminy i 250 złr. jako ryczałt Wysokiego Wydziału krajowego na objazdy.

Starający się o posadę wykazać się ma:

1. dyplomem doktora nauk lekarskich;
2. praktyką dwuletnią w zawodzie lekarskim;
3. obywatelstwem austryackiem;
4. świadectwem zdrowia;
5. znajomością języków krajowych. 131—3—3

Termin zgłoszenia się do **30 czerwca 1898.**

## KONKURS.

Wskutek rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 29 marca 1898 l. 17766, rozpisuje się konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Dąbrowicy (powiatu gródeckiego), który obejmować będzie następujące gminy i obszary dworskie: 1. Dąbrowica, 2 Wiszenka, 3. Walddorf, 4. Majdan, 5. Wereszyca, 6. Rokitno, 7. Łozina, 8. Jaśniska, 9. Stawki — czyli razem dziewięć miejscowości na obszarze 23.270 hektarów z ilością 11294 mieszkańców.

Siedzibą lekarza okręgowego będzie Dąbrowica.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie §. 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82 Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy wyznaczona została płaca roczna 600 złr. w. a. i ryczałt na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdolność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku najpóźniej do dnia 31 lipca 1898.

*Z Wydziału Rady powiatowej*
w Gródku, dnia 8 czerwca 1898. 134—3—1